

## AGAPLESION BETHESDA WOHNEN & PFLEGEN ULM gGmbH

### SENIORENZENTRUM DONAUUFER

#### BWU Anmeldung Heimaufnahme zur Heimaufnahme

Pflegeart: Dauerpflege  Kurzzeitpflege

Gewünschter Tag der Heimaufnahme: \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_.

#### Persönliche Daten

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_ Nr: \_\_\_\_\_ Geb. Datum: 

TT	MM	JJJJ

PLZ: \_\_\_\_\_ Ort : \_\_\_\_\_

Geburtsname \_\_\_\_\_ Geburtsort \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_

Familienstand:  verheiratet  geschieden  verwitwet  ledig

Konfession:  evangelisch  katholisch  \_\_\_\_\_

Staatsang.:  deutsch  \_\_\_\_\_

#### **Bitte nennen Sie uns zwei Angehörige oder Bekannte, die Ihnen wichtig sind**

Name: \_\_\_\_\_ Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Art der Beziehung \_\_\_\_\_ Art der Beziehung \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_ Straße: \_\_\_\_\_

PLZ: \_\_\_\_\_ PLZ: \_\_\_\_\_

Ort: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

Telefon privat \_\_\_\_\_ Telefon privat \_\_\_\_\_

Telefon dienstl. \_\_\_\_\_ Telefon dienstl. \_\_\_\_\_

Telefon mobil \_\_\_\_\_ Telefon mobil \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

Generalvollmacht  Vorsorgevollmacht  Patientenverfügung

**Amtlich bestellte Betreuung**  Ja  Nein

**Ihr Hausarzt**

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_ PLZ / Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Telefax: \_\_\_\_\_

**Ihre Krankenkasse und Pflegekasse**

DAK  AOK  KKH  BEK  TK  \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_ Mitglieds-Nr. Pflegekasse: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Ansprechpartner: \_\_\_\_\_

Pflichtversichert  Privatversichert  Zusätzlich Privatversichert

**Ihre Pflegestufe**

Pflegegrad  1  2  3  4  5

**Beihilfeberechtigung**  Ja  Nein Beihilfe in Prozent

**Rechnungsbegleichung**

Selbstzahler  Sozialamt

Übernimmt das Sozialamt einen Teil der Pflegekosten:  Ja  Nein

Antrag auf Sozialhilfe gestellt:  Ja  Nein

Datum der Antragstellung: \_\_\_\_\_ bei Sozialamt \_\_\_\_\_.

**Rechnungsempfänger**

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ: \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

Ort: \_\_\_\_\_

**Schwerbehindertenausweis**  Ja in %   Nein

**Zuzahlungsbefreiung**  Ja  Nein

Ist eine **Privathaftpflichtversicherung** vorhanden:  Ja  Nein

**Bewohnerpost:**

Eine Aushändigung der persönlichen Post an den Bewohner wird gewünscht:  Ja  Nein  
(Wenn nein, gelten die hausinternen Regelungen)

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Antragsteller